第1号様式(第2条、第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |
| 東員町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 | 指定　　　申請書指定更新 |

　東員町長　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在市町村番号 | 　 |
| 申請者 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| 　 |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| 　 |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 訪問介護現行相当サービス |  |  |  | 付表1 |
| 通所介護現行相当サービス |  |  |  | 付表2 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定を受けている場合) |
| 指定事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を受けている他市町村名 | 　 |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　備考1　「受付番号」欄及び「事業所所在市町村番号」欄には、記載しないでください。

　　　2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

　　　3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

　　　4　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　　5　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　　6　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

　　　7　保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

**付表１　訪問介護現行相当サービスの指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　条第　　項第　　号 |
| 管 理 者 | フリガナ |  | 住　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | （有・無） | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | （有・無） | 事業所の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　） |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　） |
| 氏名 |  |
|  | 訪問介護員等（サービス提供責任者含む） | 常勤換算後の人数（人） |
| 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 |  |

備考　１「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

| 今回指定する事業の指定有効期限を同一所在地において行なう同種の事業の指定有効期限に合わせることへの同意 | 　□　同意します。　次回の更新は、同種の事業と同時かつ一体的に行ないます。 |
| --- | --- |

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別様に記載した書類を添付してください。

**付表２　通所介護現行相当サービスの指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　条第　　項第　　号 |
| 併設事業所の種別、名称 |  | 事業所番号 |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | 名　称 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|  | ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)（①　:　　～　:　　②　:　～　:　　③　:　～　:　) |
| 利用定員 | 　　　人（単位ごとの定員①　　人②　　人③　　人） |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| 食事の提供に要する費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 |  |

備考　１「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。

| 今回指定する事業の指定有効期限を同一所在地において行なう同種の事業の指定有効期限に合わせることへの同意 | 　□　同意します。　次回の更新は、同種の事業と同時かつ一体的に行ないます。 |
| --- | --- |

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別様に記載した書類を添付してくだ